

MERKBLATT für den behandelnden oder Hausarzt

Bei laufenden Rentenverfahren werden oft Auskünfte beim behandelnden Arzt eingeholt, weil über Leistungen der Sozialversicherung (z.B. Zahlung einer Erwerbsminderungsrente / Weitergewährung) entschieden werden muss. Außerdem ist es auch sinnvoll schon bei der Abgabe des Rentenanspruches fundierte Arztberichte abzugeben. Fundiert bedeutet, dass eine ärztliche Meinung nicht einfach so im Raum steht, sondern nachvollziehbar begründet abgegeben wird. Fundiert bedeutet aber auch, dass ein Arztbericht auch aus sozialrechtlicher Sicht eindeutig und klar formuliert sein soll. Um diese eindeutigen und klaren Formulierungen soll es nachfolgend gehen. Aufgeführt sind nur Beispiele, die auf die jeweilige Situation angepasst werden müssen. Andernfalls ist immer Streit vorprogrammiert und eine Hilfe für den jeweiligen Patienten ist genau dies nicht. Streitigkeiten stellen meist eine Belastung für den gesundheitlich angeschlagenen Patienten dar. Hinzu kommt, dass ein wirksames und aussagekräftiges ärztliches Attest dabei hilft, die Verfahrenslaufzeit zu verkürzen, was immer auch dem jeweils behandelnden oder Hausarzt zu gute kommt. Dieser wird dann, insgesamt gesehen, weniger von den Behörden in Anspruch genommen, z.B. durch Auskunftersuchen etc.

Es geht in diesem Merkblatt nicht darum Vorgaben irgendwelcher Art zu machen. Es geht allein darum, dass vorhandene Einschränkungen usw. durch den Arzt auch aus sozialrechtlicher Sicht eindeutig beschrieben, bzw. charakterisiert werden können.

Sollte bei dem einen oder anderen Arzt ausreichend sozialrechtliches Wissen vorhanden sein, vermittelt das Merkblatt keine neuen Erkenntnisse.

Es sollen alle Diagnosen in der Gesamtheit aufgeführt werden. Unbedingt wichtig ist es aber die Funktionseinschränkungen, **die sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken möglichst vollständig, ausführlich und mit ihren Wechselwirkungen** anzugeben. Ein Bluthochdruck, der medikamentös gut eingestellt ist, wirkt sich nicht auf die Resterwerbsfähigkeit aus, ebenso eine Depression nicht, wenn die Medikamente wirksam sind. Es geht in Verfahren bei denen eine Erwerbsminderungsrente oder sonstige soziale Leistungen wegen gesundheitlicher Einschränkungen gezahlt werden sollen immer hauptsächlich um die verbliebene Resterwerbsfähigkeit. Namen der Krankheiten usw. sind zweitrangig.

Oftmals wird der behandelnde Arzt auch um eine Stellungnahme zu einem Fremd-Gutachten, welches im Rentenverfahren angefertigt wurde, gebeten. Es geht hierbei u.A. darum, ärztliche Unlogik im Gutachten, unvollständige Darstellungen des Gesundheitszustandes, Außerachtlassung von Krankheits(teil)bildern, ziehen falscher Rückschlüsse, Verniedlichung von Krankheits(teil)bildern und deren Auswirkungen aufzudecken falls Solches geschehen wäre. Es soll also Gesamterkrankung des jeweiligen Patienten mit allen Teilkrankheitsbildern und ihren gegenseitigen Wechselwirkungen **und Auswirkungen auf die Resterwerbsfähigkeit** dargestellt werden. Eine verständlich erklärende und eindeutige Ausdrucksweise ist hierbei wichtig, weil z.B. die meisten Richter, die über solch einen Fall entscheiden müssen, selbst keine Mediziner sind und sich deshalb auf die ärztlichen Aussagen verlassen müssen. Der Arztbericht des behandelnden Arztes ist also auch Entscheidungsgrundlage von Personen, die zwar oft über gewisse Erfahrungen verfügen, selbst aber keine Ärzte sind. Zieht ein Gutachter falsche Rückschlüsse, kann es sein, dass ein Richter den falschen Rückschlüssen folgt. Dem gilt es vorzubeugen, bzw. zu entgegenen. Als Gerüst für die ärztliche Gegenstellungnahme kann das jeweilige Gutachten dienen. Beispiel:

„Nachfolgende Stellungnahme zum Gutachten vom 00.00.00 des Herrn Dr. Xyyy dient zur Verwendung im sozialrechtlichen Verfahren, welches mein Patient Herr / Frau Yxxx führt. Seite 1, zweiter Absatz: unvollständige Diagnosestellung, es fehlen:..... Seite 1, fünfter Absatz: Die Funktionseinschränkungen sind unvollständig beschrieben weil....., siehe Bericht des Herrn Dr..... vom.“ usw.

Soll eine Stellungnahme zu einem Fremd-Gutachten abgegeben werden, muss man sich immer verdeutlichen, was der Gutachter eigentlich tun muss, was er tun darf und was er nicht tun darf. Bei einer Begutachtung geht es allein darum, den Gesundheitszustand des Probanden vollständig, umfassend und in all seinen Wechselwirkungen aufzuklären (so jedenfalls die Theorie) und die Auswirkungen dieses Gesundheitszustandes auf die Resterwerbsfähigkeit festzustellen. Es geht z.B. in einem sozialmedizinischen Gutachten nicht darum, festzustellen wie eine Krankheit heißt, die diese oder jene Schmerzen verursacht. Es geht darum die Intensität Art, Dauer und Örtlichkeit der Schmerzen aufzuklären und welche Einschränkungen diese Schmerzen auf die Resterwerbsfähigkeit haben. Manchmal äußert ein

Gutachter z.B. die Meinung, dass es sich unsere Gesellschaft nicht leisten kann gar zu viele Erwerbsgeminderte zu versorgen. Diese Meinung kann der Gutachter haben. Für die Begutachtung muss diese Meinung aber völlig ohne Bedeutung bleiben, weil der Gesetzgeber eindeutig klargestellt hat, dass es bei einem Begutachtungstermin allein darum geht den Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Resterwerbsfähigkeit aufzuklären. Alles Andere ist Sache der Politik oder der Behörden. Lässt ein Gutachter die Meinung, dass es sich unsere Gesellschaft nicht leisten kann gar zu viele Erwerbsgeminderte zu versorgen in die Beurteilung der Resterwerbsfähigkeit im Einzelfall einfließen, verletzt er damit seine Obliegenheiten als Gutachter. Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger hat im Juni 2000 in den DRV-Schriften, Band 21 „Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung – Hinweise zur Begutachtung“ und in den zugehörigen Ergänzungsblättern vom Mai 2001 die Richtlinien für eine Begutachtung klargestellt.

Ein objektives und ggf. schonungsloses Attest ist am wirkungsvollsten. Es ist am ehesten dazu geeignet, den Gutachter, den Richter oder den Sachbearbeiter dazu zu bringen die Informationen eines Attestes sachdienlich zu verarbeiten. Gefällige Atteste werden oft von den entscheidenden Personen nicht ernst genommen, auch Atteste die unvollständig oder unlogisch sind werden nicht ernst genommen.

"Handwerklich" nicht in Ordnung ist es aus sozialrechtlicher Sicht, wenn z.B. Merk- und Konzentrationsstörungen aufgeführt werden und nachfolgend wird nicht angegeben, in welcher Art und Weise die Merk- und Konzentrationsstörungen getestet / erkannt wurden, oder es ist keine Kopie beigefügt von einem Bericht eines Facharztes, der die Merk- und Konzentrationsstörungen getestet hat. Außerdem wäre es unlogisch in diesem Fall, wenn im Attest angegeben wird, dass die Patientin/der Patient vollständige und klare Angaben machen konnte, dies passt nicht zu den Merk- und Konzentrationsstörungen. Hier ist auch einer der Gründe zu erkennen, warum viele behandelnde Ärzte die Erfahrung gemacht haben, „dass es doch keinen Zweck hat ein Attest abzugeben, weil es sowieso keine Berücksichtigung findet.“ Ein Attest findet auch dann nur selten eine adäquate Berücksichtigung bei den Behörden oder Gerichten, wenn der Arzt ohne weitere Begründung feststellt, dass eine berufliche Tätigkeit nicht mehr möglich ist. Der Arzt muss auch immer darlegen, warum der Patient keine Erwerbstätigkeit von wirtschaftlichem Wert mehr verrichten kann.

Es soll auch auf die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Krankheiten eingegangen werden (z. B. Verminderung der körperlichen Leistungsfähigkeit durch psychische Probleme oder Verstärkung von Wirbelsäulenbeschwerden durch Abnutzungen eines Gelenks in einem Bein). Für die Ärzte sind solche Zusammenhänge immer vollständig logisch und klar auf der Hand liegend. Für den Sachbearbeiter bei einer Behörde oder andere am Rentenverfahren beteiligte Personen ist dies aber oft nicht klar. Und es wird natürlich dann immer nur das verarbeitet / berücksichtigt, was geschrieben ist.

Oft wird von einer Behörde auch nur die Übereinstimmung der Aussagen der verschiedenen Teilgutachter (orthopädischer Gutachter, neurologischer Gutachter usw.) über die Resterwerbsfähigkeit eines Rentenantragstellers festgestellt und dann die Erwerbsminderungsrentenzahlung abgelehnt. Es entsteht auf diese Weise ein falsches Bild. Der Gesetzgeber verlangt eine Betrachtung des Gesamtgesundheitszustandes mit allen Krankheitsteilbildern, deren Wechselwirkungen und deren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit. Wenn z.B. zwei Teil-Gutachter für verschiedene Krankheitsteilbilder (z.B. im orthopädischen und nervlichen Bereich) jeweils eine volle Erwerbsfähigkeit aus der jeweiligen Fachsicht attestieren, wird überwiegend jegliche Rentenzahlung abgelehnt. Genau das ist aber oft falsch, denn wenn die Erkrankungen der Teilkrankheitsbereiche in ihrer Gesamtheit und mit allen Wechselwirkungen betrachtet werden würden ergäbe sich beispielsweise die Möglichkeit der Zahlung einer halben Erwerbsminderungsrente. Ein Patient kann **allein** aus orthopädischer Sicht gerade noch so für 6 Stunden erwerbsfähig sein, er kann auch **allein** aus psychischer Sicht gerade noch so für 6 Stunden erwerbsfähig sei. Wenn man aber alle Einschränkungen in einer Gesamtschau zusammengenommen betrachten, dann ist es oft so, dass keine 6 oder mehrstündige Resterwerbsfähigkeit mehr besteht.

In einem der Sache dienlichen Arztbericht sollen die Diagnosen kurz und vollständig angegeben werden, insbesondere aber die **Beschwerden und Funktionseinschränkungen** umfassend. Bei Fremddiagnosen soll die Quelle angegeben werden (am besten eine Kopie beifügen). Eine Diagnose allein muss nicht notwendig eine Minderung der Erwerbsfähigkeit nach sich ziehen, deshalb ist es unbedingt wichtig, die vorhandenen Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen und deren Auswirkungen zu beschreiben. Wenn möglich soll in Haupt- und Nebenbeschwerden unterschieden werden. Für Ärzte sind u.A. die Ursachen einer Erkrankung und die Erkrankung selbst wichtig. Für die Rentenversicherungsträger sind die

Auswirkungen der Krankheiten auf die Erwerbsfähigkeit ausschlaggebend. Deshalb ist es ausreichend die Ursachen einer Erkrankung nur knapp darzustellen. Es ist auch ausreichend nur knapp auf einen Bluthochdruck einzugehen, der medikamentös gut eingestellt ist. Es ergibt sich durch die gute medikamentöse Einstellung keine Auswirkung auf die Resterwerbsfähigkeit. Dies gilt sinngemäß für andere Krankheiten auch.

Eine Aussage, ob die Krankheit innerhalb der nächsten Zeit geheilt werden kann oder nicht, ist notwendig. Wenn der behandelnde Arzt die Meinung äußert, dass eine Heilung z.B. innerhalb der nächsten 15 Monate möglich ist, gibt es überwiegend keine Rente. Wäre eine Heilung z.B. erst nach 3 Jahren möglich besteht die Chance auf eine Zeitrentenzahlung. Ist **keine Heilung möglich** und sind die Auswirkungen der Krankheiten auf die Resterwerbsfähigkeit gravierend (also z.B. Resterwerbsfähigkeit **unterhalb** drei Stunden täglich), besteht die Chance auf Zahlung einer Erwerbsminderungsrente ohne zeitliche Begrenzung. Wenn nach Meinung des behandelnden Arztes nach überschaubarer Zeit eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, z.B. nach einer als möglich erscheinenden Heilung oder z.B. nach einer Gewichtsreduzierung, wahrscheinlich ist, kann keine Erwerbsminderungsrente gezahlt werden.

In jedem Arztbericht sollte deutlich dargestellt und begründet sein, dass sich das Gesamtkrankheitsbild innerhalb der letzten ein / zwei Jahre verschlechtert hat oder wenigstens gleich geblieben ist, wenn dies den Tatsachen entsprechen würde. Es genügt nicht, dass es so ist, es muss auch deutlich und begründet attestiert werden. Besonders wichtig ist dies bei Weitergewährungsverfahren (bei auslaufender Zeitrente), bzw. bei einer Überprüfung der weiteren Rentenberechtigung. Ansonsten ist die Weiterzahlung der Rente gefährdet. Hat sich der Gesundheitszustand innerhalb der letzten ein / zwei Jahre verbessert, muss damit gerechnet werden, dass eine laufende Rentenzahlung eingestellt wird.

Wenn nur deshalb keine AU mehr festgestellt wurde, weil der Krankenschein bei keiner Stelle mehr vorgelegt werden konnte (Arbeit verloren, Erziehungsjahr, Kranken- und Arbeitslosengeld ausgelaufen) sollte dies in einem ärztlichen Attest auch zu lesen sein. Z.B.: *Seit XXXXX wurden keine AU-Bescheinigung mehr ausgestellt, weil diese nirgendwo mehr hätten vorgelegt werden können / weil schon Erwerbsminderungsrente bezogen wurde. AU bestand gleichwohl über diesen Zeitpunkt hinaus ununterbrochen fort bis heute.*

Wenn viermal am Tag eine Wegstrecke von 500 Metern (auch mit Gehstützen) in akzeptabler Zeit (ca 20 Min.) am Stück zurückgelegt werden kann, gehen die Versicherungsträger davon aus, dass eine Arbeitsstelle erreicht werden kann und auch auf der Arbeitsstelle ausreichend Mobilität gegeben ist. Kann ein Patient dies nicht mehr, deutet das auf die Rentenberechtigung hin. Man darf einen solchen Sachverhalt aber nicht einfach behaupten (besonders nicht auf Grund der **alleinigen** Angaben des Patienten), man muss dass entsprechende Testverfahren angeben, oder ein Attest von einem anderen Arzt beilegen, der dies getestet hat. Notfalls muss man seine Aussage als persönliche Meinung kennzeichnen, die nicht getestet wurde, die ggf. aber nach den Angaben des Patienten und nach dem vorhandenen Krankheitsbild glaubwürdig ist.

Muss ein Belastungs-EKG nach relativ kurzer Zeit bei einer Belastungsstufe von 50 Watt aus gesundheitlichen Gründen beendet werden, deutet dies ebenfalls auf die Rentenberechtigung hin. Auch mit 75 Watt sind Rentenzahlungen möglich, wenn die begleitenden gesundheitlichen Einschränkungen zusätzliche negative Auswirkungen auf die Resterwerbsfähigkeit haben (z.B. Ejektionsfraktion < 40%). Es handelt sich hier um Erfahrungswerte, die im Einzelfall durchaus differieren können. Gut wäre es auch in diesem Zusammenhang, wenn eindeutig klargelegt werden kann, dass das Belastungs-EKG nicht wegen eines geringen Trainingszustandes z.B. bei 50 Watt beendet werden musste, sondern z.B. durch eine krankheitsbedingte Muskelverschmächtigung, oder schmerzbedingte Inaktivitätsatrophie.

Angegeben werden soll auch, seit wann und wie oft sich der Patient in der Behandlung befindet. Es sollten auch die Zeiträume und der jeweilige Grund stationärer Behandlungen angegeben werden. Es soll auch im Arztbericht vermerkt werden, ob die Resterwerbsfähigkeit nur bezogen auf ein bestimmtes Fachgebiet eingeschätzt wurde, oder ob *„die Restleistungsfähigkeit unter Würdigung aller gesundheitlichen Einschränkungen aus allen Fachgebieten“* vorgenommen wurde.

Ein mindestens 6-stündiges Arbeitsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (es geht nach dem neuen Rentenrecht ab 2001 nur noch am Rande um den bisherigen Beruf) schließt jegliche Rentenzahlung aus. Wenn auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und im bisherigen Beruf zwischen 3 bis **unter** 6-stündig gearbeitet werden kann, kann die halbe Erwerbsminderungsrente (Berufsunfähigkeitsrente) gezahlt

werden. Ein **unter** dreistündiges Arbeitsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und im bisherigen Beruf ermöglicht die Zahlung der vollen Erwerbsminderungsrente, dies wäre die Vollrente mit geringfügiger Hinzuverdienstmöglichkeit. Eine klare, eindeutige Ausdrucksweise ist angebracht. Wenn geschrieben wird, dass eine Erwerbstätigkeit im Zeitkorridor von 3 bis maximal 6 Stunden möglich ist, dann ist dies unklar. Maximal 6 Stunden bedeutet, dass keine Rente gezahlt werden kann. Drei bis **unter** 6 Stunden bedeutet, dass eine halbe Erwerbsminderungsrente gezahlt werden kann. Wenn der behandelnde oder Hausarzt die Meinung äußert, dass eine Resterwerbsfähigkeit von 6 Stunden oder mehr vorhanden ist, ist die Chance, eine Rente zu bekommen kaum gegeben.

Entscheidungskriterium für eine Erwerbsminderungsrentenzahlung sind allein die Auswirkungen der eigenen gesundheitlichen Einschränkungen auf die Resterwerbsfähigkeit, niemals äußere Lebensumstände. Äußerungen, dass z.B. wegen des Alters keine Arbeit mehr gefunden werden kann (= äußerer Umstand), oder dass eine Überforderung wegen der Pflege des kranken Ehemannes stattfindet, sind immer kontraproduktiv. Wenn sich in der Folge einer permanenten (von außen herangetragen oder selbst auferlegte) Überlastung / Überforderung psychische und / oder körperliche Erkrankungen ergeben haben, sieht es natürlich anders aus.

Es ist für das Verfahren günstig, wenn die Glaubwürdigkeit des behandelnden Arztes hoch ist. Deshalb sollten Verdachtsdiagnosen eindeutig als solche gekennzeichnet werden, möglichst soll ein Vorschlag zur Klärung des Verdachts gegeben werden. Bei „Zustand-nach-Diagnosen“ soll der aktuellen Funktionszustand beschrieben werden. Bei „normalen“ Diagnosen sollen die zugehörigen Befunde kurz beschrieben werden, außerdem die eingeleitete Therapie, bzw. wenn keine Therapie eingeleitet wurde, der Grund hierfür. Auch sollen die sogenannten „peinlichen“ oder „belastenden“ (z.B. Alkoholabhängigkeit) Krankheiten nicht aus Rücksicht auf den Betroffenen verharmlost werden. **Der behandelnde Arzt soll keine Wertung über die Chancen des Rentenbegehrens seines Patienten vornehmen und sich streng an die Tatsachen halten.** Die Auskünfte des behandelnden Arztes gelten rechtlich gesehen als sachverständige Zeugenaussage. Die Glaubwürdigkeit eines Zeugen wird erhöht, wenn er sich objektiv und ausführlich an die Tatsachen hält, Einschätzungen in seinem Fachgebiet vornimmt bzw. andere Fachleute zitiert oder eine weitere Untersuchung dort anregt und darüberhinaus nichts äußert. Es soll im Attest geäußert werden, dass eine Erwerbsfähigkeit von z.B. unter 3 Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und im bisherigen Beruf (ggf. mit Einschränkungen), als realistisch eingeschätzt wird. Der Hinweis aber, dass eine Erwerbsminderungsrente gezahlt werden soll, fällt in den Entscheidungsbereich des Sachbearbeiters bei der Behörde oder des Richters. Auch der Rechtsbeistand kann diese Meinung äußern, aber möglichst nicht der Arzt.

Wichtig ist es auch Einschränkungen anzugeben. Optimal wäre es, wenn sich eine Begründung für die jeweiligen Einschränkungen wenigstens ansatzweise aus dem Gesamttext herauslesen lässt. Oft ergibt sich die Begründung ja schon aus dem Krankheitsbild selbst. Einschränkungen können z.B. sein: Erholpausen mindestens alle 1,5 Stunden für 15 Minuten nötig / ohne Zeitdruck / ohne Zugluft / höchstens 5 kg heben / nicht länger als 10 min. sitzen / nur noch Tätigkeiten, die keine Anforderungen an die Merkfähigkeit stellen / nur noch Tätigkeiten ohne Verantwortung / keine Tätigkeiten mit Kundenkontakt / keine Bildschirmarbeit / keine Nachtschicht / keine Tätigkeit im Freien / keine sitzenden Tätigkeiten / keine Tätigkeiten bei denen die Feinmotorik der Hände erforderlich ist / Keine Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten / Keine Arbeiten mit Sturzgefahr / In psychosozialer Hinsicht nur noch leichte bis höchstens mittelschwere Beanspruchungen / Keine Arbeiten überwiegend im Stehen, mit gleichförmiger Körperhaltung, mit häufigem Bücken, mit Treppensteigen / Keine geistige Beanspruchung / Keine Akkord-, Fließband-, Schicht- und Nachtarbeit / Umstellungs- und Anpassungsvermögen praktisch nicht mehr vorhanden bzw. (stark) eingeschränkt / Beschränkung bezüglich der Ausführung von komplexeren Aufgaben / Keine geistige Beanspruchung mehr möglich, usw. Je mehr Einschränkungen vorhanden sind, umso wahrscheinlicher wird eine Rentengewährung.

Oft wird von einer Behörde ein überaus kurz gefasster Fragebogen verschickt. Er verführt dazu kurz und knapp zu antworten, dies ist selten hilfreich, ggf. kann ein Beiblatt hinzugefügt werden.

Wichtig zu wissen ist auch, dass eine Erwerbsunfähigkeitsrente nicht aus therapeutischen Gründen gezahlt werden kann, so wünschenswert dies im Einzelfall auch wäre. Eine Erwerbsminderungsrente wird nur gezahlt, wenn die Erwerbsfähigkeit gemindert ist (auch nicht wenn sie erst später gemindert sein könnte), eine Formulierung wie z.B.: *„Ich halte die Klägerin auf absehbare Zeit für nicht belastbar und befürworte aus therapeutischen Gründen eine Erwerbsunfähigkeitsrente.“* führt zwingend zur

Rentenablehnung. In diesem Satz ist zudem noch die Formulierung „auf absehbare Zeit“ viel zu unkonkret. „Absehbar“ deutet auf einen eher kürzeren Zeitraum hin und das wiederum ist dann Sache der Krankenkasse und nicht des Rentenversicherungsträgers. Eine sachdienliche Formulierung könnte lauten: „Ich halte die Klägerin für höchstens 2 Stunden täglich belastbar, dieser Zustand wird sich voraussichtlich in den nächsten 2 1/2 bis 3 Jahren nicht ändern.“

Sollte eine Begutachtung bevorstehen ist es oftmals zweckmäßig etwa 1 bis 3 Tage vor dem Gutachtenstermin vom Haus- oder behandelnden Arzt den momentanen Gesundheitszustand feststellen zu lassen. **Unmittelbar** nach dem Gutachtenstermin sollte der momentane Gesundheitszustand nochmals festgestellt werden, wenn eine Verschlechterung eingetreten wäre. Oftmals ist ein Gutachtenstermin anstrengend und der momentane Gesundheitszustand wird durch den Gutachtenstermin verschlimmert. Diese Verschlechterung sollte ärztlich festgehalten werden, weil dies ein Argument im Rentenverfahren darstellt. Verschlechtert sich durch einen Gutachtenstermin der Gesundheitszustand, kann man davon ausgehen, dass sich der Gesundheitszustand durch eine Erwerbstätigkeit ebenfalls verschlechtern wird. Dies lässt darauf schließen, dass eine Erwerbstätigkeit nur noch auf Kosten der Restgesundheit stattfinden könnte. Eine Erwerbstätigkeit auf Kosten der Restgesundheit darf nicht sein und dies würde auf die Notwendigkeit der Zahlung einer Erwerbsminderungsrente hindeuten.

Geht es nicht um eine Erwerbsminderungsrente der Deutschen Rentenversicherung sondern um eine Rente wegen einer Berufserkrankung die von einer Berufsgenossenschaft (BG) gezahlt werden soll, gelten andere Beurteilungskriterien als vorstehend dargestellt. Es muss ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Erkrankung bzw. Unfall und Arbeitstätigkeit überwiegend wahrscheinlich sein. Wenn also die Ursachen der Erkrankung eindeutig in der Arbeitsumwelt zu finden sind (z.B. Chemikalieneinflüsse) ist dies ein deutliches Indiz für eine berufliche Erkrankung. In solchen Verfahren spielen also die Ursachen, im Gegensatz zu Verfahren die wegen Zahlung einer Erwerbsminderungsrente bei der Deutschen Rentenversicherung geführt werden, eine wichtige Rolle. Die gesundheitsschädigende Arbeit muss über einen längeren Zeitraum stattgefunden haben (in der Regel 10 Jahre). Der Zusammenhang zwischen den Einflüssen, die am jeweiligen Arbeitsplatz vorhanden waren und der beruflich bedingten Erkrankung wird oft von den BG'en verneint, wenn diese Krankheit nicht in der sogenannten Berufskrankheitenliste vorhanden ist. Kann aber der Zusammenhang zwischen den Einflüssen aus der Erwerbstätigkeit auf die Erkrankung trotzdem nachgewiesen werden und existieren hierzu z.B. auch schon allgemeine Forschungsergebnisse kann die jeweilige Erkrankung als „neue Berufskrankheit“ anerkannt werden und es können Leistungen von einer BG gezahlt werden. Erkrankungen, deren Ursachen eindeutig nicht auf berufliche Einflüsse zurückgeführt werden können, spielen in Verfahren wegen Zahlung einer Rente von einer BG keine Rolle. Es müssen allein die Krankheitsteile betrachtet werden, die ihre Ursache in der Erwerbstätigkeit haben. Ein schwieriges Kapitel sind bei Verfahren vor den BG'en immer die Krankheiten, die ihre Ursache zusätzlich auch im täglichen Leben haben können, z.B. Abnutzungen. Hier muss deutlich belegt werden, dass eine Abnutzung in diesem Umfang typischerweise in diesem Lebensalter so nicht (in dieser Form, in dieser Ausprägung) vorhanden sein kann.

Ist der Gesundheitszustand eines Patienten durch Einflüsse aus der Erwerbstätigkeit gefährdet und ist es hierwegen angezeigt, dass die bisherige Tätigkeit beendet werden sollte aus gesundheitlichen Gründen, kann der Arzt in einem entsprechenden Attest (z.B. zur Vorlage bei der Arbeitsagentur) die folgende Formulierung verwenden: „Hiermit wird aus ärztlicher Sicht bescheinigt, dass der Patient Name seine bisherige Erwerbstätigkeit nicht mehr ausüben kann, ohne eine weitere Verschlechterung bzw. Gefährdung seines Restgesundheitszustandes in Kauf nehmen zu müssen.“ Durch diese Formulierung wird der Sachverhalt klar und eindeutig dargestellt, gleichwohl wird keine Kündigungsempfehlung ausgesprochen. Gelegentlich machen Ärzte schlechte Erfahrungen, nachdem sie eine Kündigungsempfehlung ausgesprochen haben. Diese Situation gilt es zu vermeiden, sie nutzt niemandem.

Im Rentenbüro besteht die Möglichkeit, dass ärztliche Atteste aus sozialrechtlicher Sicht z.B. in der Formulierung, vor der Abgabe bei den Behörden, optimiert werden. Der ärztliche Inhalt wird dabei nicht geändert. Ist der Patient, um den es dabei geht, Mandant im Rentenbüro, ist diese Optimierung im Mandat enthalten. Andernfalls erfolgt eine Extra-Abrechnung.

Es besteht auch die Möglichkeit für den behandelnden Arzt unterstützend tätig zu sein, wenn dieser zu einem Gutachten Stellung nehmen soll. In etlichen Fällen wird durch einen Gutachter sogar die Kompetenz des behandelnden Arztes in Frage gestellt. In diesem Bereich kann eigentlich nur das Zusammenspiel von ärztlichem und sozialrechtlichem Sachverstand zum Erfolg führen (für den Patienten

und den behandelnden Arzt). Bei Bedarf kann mit dem Rentenbüro Verbindung aufgenommen werden.

© Tibor Jockusch,
Rentenberater seit 1987,
Rechtsberatung im Sozialrecht,
Herdfeldstr. 53, D-73230 Kirchheim,
Tel.:07021-71795, Fax: 07021-71263,
eMail: info@rentenburo.de
Internet: www.rentenburo.de